

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

840

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre RABBE

Né le 12 Juin 1909, à MURAT (Cantal)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ICTÈRE CATARRHAL
DU NOURRISSON

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre RABBE

Né le 12 Juin 1909, à MURAT (Cantal)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ICTÈRE CATARRHAL
DU NOURRISSON

Président : M. NOBÉCOURI, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

DoyenG. ROUSSY.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	Maur. VILLARET
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
Clinique d'accouchements	MARION.
	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANCON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri..	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUL..	Obstétrique.
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.			



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Le Docteur GEORGES RABBE

A MA MERE

*En témoignage de filiale affection et
de profonde reconnaissance.*

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A M. le Professeur NOBECOURT
Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Professeur BUY
de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A Monsieur GEORGES PATEY
Interne des Hôpitaux de Paris

Pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

INTRODUCTION

Un syndrome ictérique survenant chez un nourrisson de plusieurs mois, apyrétique ou peu fébrile, oriente vers l'hypothèse d'une syphilis congénitale. Pourtant, en dehors de certains cas spéciaux que nous aurons à envisager, il est une entité clinique exceptionnelle, certes, mais possible. C'est l'ictère catarrhal de la première enfance.

Monsieur le Professeur Nobécourt a bien voulu, à l'occasion d'un fait de cet ordre, nous confier une observation d'un enfant présentant ce type morbide.

A cette occasion nous avons recherché dans la littérature les quelques observations exceptionnelles de cette affection.

Le but de ce travail sera d'établir sur des données cliniques la réalité de ce syndrome morbide.

Aussi, aurons-nous à étudier successivement, après une étude historique succincte, les facteurs étiologiques, qui sont susceptibles d'intervenir dans la genèse de ce syndrome avant d'aborder l'étude clinique, puis le diagnostic.

La thérapeutique constituera le thème de notre dernier chapitre.

Nous tenons, ici, à exprimer notre respectueuse gratitude à Monsieur le Professeur Nobécourt, qui a bien voulu nous inciter à entreprendre ce travail.

HISTORIQUE

Les ictères du nouveau-né et, d'une façon plus générale, ceux de la première enfance, constituent depuis longtemps déjà un chapitre important de la pathologie hépatique.

Il semble cependant qu'on ait négligé quelque peu certaines manifestations ictériques de la période de la vie qui suit les premières semaines pour s'étendre jusqu'à l'âge de quinze mois environ.

Parmi les ictères d'origine hépatique, l'ictère catarrhal était considéré comme une rareté.

La littérature médicale concernant ces faits est des plus restreinte.

Certes Henoch, en 1885, cite deux enfants atteints d'ictère catarrhal, âgés respectivement, l'un de huit semaines, l'autre de cinq mois.

Plus tard, Kelsch en 1886, Leuret en 1904 étudient l'ictère catarrhal mais surtout chez le nouveau-né. Besson, en 1909, en rapporte une observation détaillée.

En 1930, un travail fut consacré par Reber à l'ictère catarrhal chez le nourrisson.

Cet auteur rappelle les travaux de Bauer, Finkels-

tein, Henoch, Nauman, Piaggio, Garzon, Raudnitz, Shormin, Storn et Shansky.

Ces ouvrages concernaient une douzaine de cas.

Pourtant certains pédiâtres se refusaient à les considérer comme des entités morbides.

Finkelstein, notamment, doute de l'existence réelle de l'ictère catarrhal du nourrisson,

Quoique Reber, cependant, ait décrit l'histoire d'un enfant atteint d'ictère de type catarrhal.

Nous-même en rapportons une observation inédite, que Monsieur le Professeur Nobécourt a bien voulu mettre à notre disposition.

En résumé, les observations d'ictères catarrhaux chez les nourrissons, bien qu'extrêmement rares, montrent que cette affection existe et nous incitent à l'étudier plus longuement.

DELIMITATION DU SUJET

Nous n'avons pour but dans cette étude que d'étudier un ictère très rare chez le nourrisson qui affecte la symptomatologie de l'ictère catarrhal ou ictère infectieux bénin, qui se rencontre avec une fréquence extrême au cours de la seconde et de la troisième enfance.

C'est-à-dire que nous éliminerons systématiquement de ce travail un ensemble d'entités morbides bien établies, à savoir :

- les ictères physiologiques ;
- les ictères secondaires à une anomalie des voies biliaires ;
- les ictères hérédo-syphilitiques.

Dans un autre domaine nous laisserons de côté les ictères infectieux graves et la cholémie familiale. Nous verrons plus loin leurs caractères différentiels. Tous ces ictères rentrent en effet dans un cadre nosologique bien déterminé ; ils ont leur symptomatologie propre, et s'opposent par là, ainsi que nous le verrons, aux ictères du type catarrhal.

FREQUENCE

L'ictère catarrhal du nourrisson semble être d'une rareté extrême, nous n'avons pu relever dans la littérature médicale que deux observations détaillées.

Besson en 1909, Reber en 1930 en donnent 2 cas que nous citerons plus loin. Tout récemment, Monsieur le Professeur Nobécourt a eu dans son service un enfant de 2 mois et demi atteint d'ictère catarrhal. Tous les éléments, tant cliniques que biologiques, confirment ce diagnostic.

Cette rareté n'est peut-être qu'apparente. Beaucoup d'ictères catarrhaux sont étiquetés ictères hérédosyphilitiques sur des données cliniques quelquefois discutables (stigmates osseux dystrophiques dits hérédosyphilitiques).

Il est indubitable cependant que l'ictère catarrhal constitue une éventualité exceptionnelle à laquelle il ne faut songer qu'après avoir éliminé tous les autres ictères du nourrisson.

Par ailleurs ces ictères catarrhaux nous semblent guérir spontanément et être de faible intensité. Aussi ne justifient-ils pas toujours une hospitalisation et ceci explique peut-être la rareté des observations.

ETIOLOGIE

I. — *Causes prédisposantes.*

Age. — Les observations rapportées ont trait à des enfants de 8 semaines et de 5 mois pour Henoch, de 15 mois pour Besson, de 3 mois pour Reber, et enfin de 2 mois 1/2 pour le cas de Monsieur Nobécourt. Il n'y a donc pas un âge de prédilection bien net et l'on peut observer cet ictère à n'importe quelle époque de ce stade vital.

Troubles digestifs. — Les troubles gastro-intestinaux de quelque origine qu'ils soient, semblent jouer un rôle dans l'éclosion de cet ictère. On les trouve en effet notés dans la thèse de Besson ; dans notre observation, la maladie a débuté également par un catarrhe gastro-intestinal (diarrhée, vomissements). Il ne semble pas cependant qu'il y ait un rapport direct de cause à effet. L'alimentation antérieure de l'enfant aurait-elle un rôle ? En tout cas, c'est à la suite d'un dérèglement dans l'alimentation (sevrage, mise au lait artificiel) que les nourrissons observés ont présenté des troubles digestifs suivis d'ictère.

II. — *Causes déterminantes.*

Elles nous sont totalement inconnues comme celles des ictères catarrhaux de la seconde enfance. Certes, il est vraisemblable de croire à une toxi-infection donnant lieu à une hépatite.

SYMPTOMATOLOGIE

L'ictère catarrhal du nourrisson présente des stades évolutifs comparables à ceux des ictères de la seconde enfance.

I. — DÉBUT

Cette période, retrouvée en règle par l'anamnèse, est caractérisée par des troubles gastro-intestinaux ; lesquels, bien que n'ayant pas la brutalité que l'on rencontre plus tard, sont en général constants.

Ils sont cités dans les observations que nous rapportons. Les selles sont liquides, grumeleuses, fréquentes (trois à quatre selles par jour).

Les vomissements sont alimentaires, rarement bilieux.

Tous ces troubles entraînent une fonte pondérale avec déshydratation marquée.

Cette étape initiale où, par ailleurs, il n'est pas noté de poussées thermiques, simule en somme une diarrhée banale.

II. — ETAT

Le syndrome clinique permet de dissocier :

1° Les symptômes cardinaux d'une part ;

2° Les éléments secondaires, d'autre part.

I. — Les symptômes cardinaux

Ils comprennent :

A. L'ictère ;

B. Les manifestations digestives,
associées :

— à la décoloration des selles ;

— au caractère des urines.

C. Le syndrome sanguin.

A. — L'ICTÈRE est constitué par la teinte des téguments ; c'est le symptôme dominant.

Cet ictère affecte tous les caractères de l'ictère par rétention dans son type d'ictère catarrhal.

Il colore les téguments et les muqueuses en jaune clair, qui fonce peu à peu, sans jamais atteindre toutefois le teint olivâtre des formes infectieuses graves.

Ces caractères tinctoriaux le font déjà classer parmi les ictères de type biliphéiques.

Le prurit semble très léger et nous n'avons pas noté de lésions de grattage.

Cet ictère s'accompagne d'un ensemble de manifestations digestives.

L'atteinte hépatique se manifeste encore par un certain degré d'hépatomégalie. Sous la paroi abdo-

minale flasque, la main perçoit au niveau de l'hypochondre droit le bord inférieur du foie qui débord le rebord costal de deux à trois centimètres.

Le bord supérieur de la matité est à sa hauteur normale.

Le palper ne réveille aucune douleur.

L'hépatomégalie est réelle puisque le foie revient à son volume antérieur après guérison.

Parfois, et l'observation de Reber en témoigne, l'hépatomégalie persiste au décours de la maladie, ou du moins, à une phase, où les symptômes cliniques et sanguins de l'ictère ont disparu.

B. — LES MANIFESTATIONS DIGESTIVES. — *Les selles*, dont la décoloration constitue un élément cardinal, sont un mélange de matières fécales et de sérosité

Elles semblent épaissies, cohérentes, peu dissociées dans la masse liquide.

Tantôt franchement blanches, tantôt plus jaunâtres, grumeleuses, ou plus fermes, elles donnent l'impression du mastic.

Leur abondance est beaucoup plus grande que ne le ferait supposer le régime de l'enfant et son développement physiologique.

Les urines : elles seront recueillies soit par un tube chez les garçons, soit par le procédé du tampon chez la fille.

Leur abondance est difficilement appréciable ; par contre elles ont déjà des caractères macroscopiques nets ; ce sont les urines types de rétention biliaire,

de coloration foncée, qui contiennent des pigments et des sels biliaires.

C. — LE SYNDROME SANGUIN : La soustraction du sang est difficile chez le nourrisson, mais différentes méthodes s'offrent à nous.

a) Le procédé des ventouses scarifiées a l'avantage de sa simplicité, mais ne nous semble pas sans inconvénients chez ces petits ictériques, en raison des plaies produites qui peuvent s'infecter ; de plus, ces malades présentent souvent de petites manifestations cutanées, telles que : pyodermites, qui rendent les recherches non exemptes d'aléas.

b) La ponction veineuse au bras, même avec des aiguilles très fines, est souvent difficile.

c) La ponction de la jugulaire par hyperextension de la tête du nourrisson en position déclive n'est pas sans inconvénients.

d) Aussi donnerons-nous la préférence à la ponction du sinus longitudinal supérieur, opération très facile chez le nourrisson au cours des huit premiers mois, car à cette époque, la fontanelle est largement ouverte; l'enfant étant couché, dans le décubitus dorsal on pique une aiguille montée à l'angle postérieur de la fontanelle, en dirigeant l'aiguille d'abord perpendiculairement au plan cutané, puis obliquement en arrière, puis tangentiellement à la table interne de l'os, franchement sur la ligne médiane. Il est indiqué avant cette ponction, de raser la région et de l'antiseptiser légèrement à l'alcool iodé.

Après soustraction du sang, il suffira de mettre l'enfant assis et de le calmer par un biberon.

Etude du sang. — Le sérum sanguin reste jaunâtre ; ce caractère était manifeste dans l'observation que nous rapportons.

Cytologie.

I. Les *globules rouges* ne sont pas diminués, nous n'avons pas noté d'anémie, pas d'anomalie dans la forme des hématies (poïkilocytose), ni dans leurs dimensions (anisocytose), ni dans leurs affinités tinctoriales (polychromatophilie). La valeur globulaire est normale.

I. Du côté des *globules blancs*, on note une leucopénie très nette, mais le pourcentage des différents éléments offre des particularités notables.

Il y a, en effet, mononucléose marquée ; leur taux atteint en effet 75 %, contre 50 %, chez le nourrisson normal.

Les éléments granuleux sont nettement diminués. De plus, éosinophilie nette dépassant les variations physiologiques de cette époque de la vie.

III. La *résistance globulaire* étudiée par les deux méthodes, celle du sang total et celle des hématies déplasmatisées selon la méthode de Vidal, a permis de constater que dans l'ictère catarrhal du nourrisson la résistance globulaire, fait capital, n'est pas diminuée mais même légèrement augmentée. En effet, dans les solutions hypotoniques de Na Cl, l'hémolyse débute normalement à 4,6 % pour être totale à 3,4 % ;

dans notre observation, le début se fait à 4,2 % et elle est totale à 2,8 % alors que dans les ictères hémolytiques on obtient l'hémolyse au-dessus de 5 %.

Bien que les plaquettes n'aient jamais été numérées, on ne relève pas dans les ictères catarrhaux des pétéchiies ou des taches et il est vraisemblable que les globulins soient en nombre normal.

IV. Les *réactions biologiques* se sont montrées négatives ; certes, le B.-W. doit être toujours pratiqué et c'est un élément majeur du diagnostic, cependant il serait à souhaiter de recourir à des réactions plus sensibles, telles que le Kahn, le Vernes, etc...

II. — Les éléments secondaires

1° Au point de vue *lymphoïde*, on ne constate pas d'adénopathie mais la rate est légèrement hypertrophiée et on peut la palper.

Cette splénomégalie n'est, d'ailleurs, que transitoire.

2° *L'appareil vasculaire* n'est pas touché.

La bradycardie est généralement inexistante.

Il faut tenir compte, en effet, du rythme cardiaque accéléré physiologique de l'enfant.

Cependant Besson, dans sa thèse, signale un pouls ralenti aux environs de 70 pulsations par minute.

3° *L'appareil pulmonaire* n'est pas atteint, mais il demande à être surveillé en raison de la gravité des complications qui, à cet âge, pourraient survenir.

4° *Le système nerveux*, par ailleurs, est indemne,

et les nourrissons ne sont pas prostrés ; ils jouent et remuent comme les autres enfants de leur âge.

5° *L'état général* est touché cependant.

Certes, la température n'est jamais bien élevée : 37°6-38°. Cet état subfébrile existe presque constamment.

Mais du fait de la non-assimilation des graisses, l'émaciation est rapide, le pannicule adipeux se perd et bientôt à la phase d'acmé de l'ictère, la fonte musculaire accompagne cette perte de graisse.

La chute pondérale est rapide et massive.

Il est vrai, toutefois, que la thérapeutique est susceptible, comme nous le verrons plus loin, de ralentir et même d'arrêter cette chute.

EVOLUTION

Le syndrome ictérique met une huitaine de jours à se réaliser. L'ictère reste stagnant, puis rétrocede. La durée de l'affection est variable de 15 jours à 3 mois. Dans notre observation, elle s'est faite en un mois. Les enfants présentent souvent de longues semaines une intolérance marquée au lait qui semble résulter de sa teneur en graisse ; par contre, ils semblent beaucoup mieux supporter le babeurre.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'ictère catarrhal des nourrissons est bon, la guérison doit être la règle. Il en a été ainsi dans les observations que nous rapportons et ceci en l'absence de toute thérapeutique active et surtout de toute thérapeutique antisypilitique, laquelle risquerait peut-être de transformer un ictère bénin en un ictère toxique.

Il nous faut tenir compte aussi du fait que, pendant une période de un à deux mois, ces petits malades ont été sous-alimentés, qu'il y a lieu de craindre une hypotrophie ; que, par ailleurs, quelle que soit la genèse de cet ictère, il existe une insuffisance hépa-

tique légère persistante pouvant conditionner les troubles digestifs à venir.

FORMES CLINIQUES

La rareté des cas ne nous permet pas d'isoler certaines formes. Il semble pourtant qu'il puisse y avoir tous les degrés comme chez le grand enfant entre l'ictère catarrhal bénin et l'ictère infectieux plus grave.

DIAGNOSTIC

a) POSITIF

Il se base sur un syndrome d'ictère par rétention sensiblement apyrétique chez un nourrisson ne présentant pas, par ailleurs, aucun stigmate net d'hérédosyphilis.

b) DIFFERENTIEL

Il est capital car cet sur lui que repose le pronostic et surtout la thérapeutique.

1° Ictère physiologique. - Nouveau-nés

Tout d'abord nous ne confondrons pas l'ictère catarrhal du nourrisson avec l'ictère du nouveau-né.

Ce dernier apparaît généralement le surlendemain de la naissance. De coloration grenade mûre, il est tout d'abord localisé à la face, à la partie supérieure du thorax ; il disparaît en moins de 15 jours. Dû à une grosse destruction globulaire, à une hémolyse il n'y a pas d'hépatite et il ne s'accompagne d'aucun signe viscéral.

2° Malformation des voies biliaires

Il sera plus malaisé de différencier l'ictère catarrhal du nourrisson de celui par malformation des voies biliaires.

Certes l'ictère est plus précoce, plus prolongé, plus progressif, existant depuis toujours accompagné d'hépatomégalie à développement rapide et progressif. Mais au début le diagnostic est très délicat et on est obligé de compter sur l'évolution.

3° Hérédo-syphilis

Nous nous arrêterons plus longtemps sur le diagnostic de l'ictère catarrhal des nourrissons d'avec les ictères hérédosyphilitiques, car en effet l'hérédo-syphilis présente 2 types morbides d'ictères :

1° L'ictère hérédosyphilitique floride en règle précoce et dont le diagnostic est aisé.

En effet, le nourrisson est un prématuré, un débile qui présente d'autres stigmates manifestes d'hérédo-syphilis (stigmates cutanés tels que macules, papules, érosions et surtout pemphigus).

En outre, on note une hépatomégalie accompagnée de splénomégalie. Le B.-W. est positif dans le sang. Cliniquement le squelette n'offre rien, mais à la radiographie on peut voir au niveau de la métaphyse, voire de la diaphyse, des manifestations initiales de la maladie de Parrot.

L'ictère devient alors un élément secondaire au mi-

lieu de tous ces signes et cependant il est souvent grave.

2° L'ictère hérédosyphilitique tardif est, au contraire, d'un diagnostic difficile. L'ictère est plus tardif vers le 3^e ou 4^e mois et offre la symptomatologie apparente de l'ictère catarrhal. Cependant la rétention biliaire est moins marquée ou absente, les selles sont souvent colorées, on trouve de la splénomégalie et des stigmates osseux de dystrophie (crâne nati-forme, effondrement des os propres du nez, voûte ogivale, etc...).

Au squelette on ne voit rien cliniquement, mais la radiographie nous montre des condensations calcaires au niveau des métaphyses que traduisent les « Kalk Band » des auteurs allemands. Enfin, le B.-W. est souvent positif, c'est là pourtant une donnée inconstante, aussi convient-il d'étudier avec soin les antécédents de l'enfant. La recherche de la syphilis chez les procréateurs doit être effectuée systématiquement. Chez le père, à ce titre, voir si les lois concernant le mariage ont été observées, c'est-à-dire deux ans après un traitement commencé à la période sérologique, et s'il n'y a pas eu de manifestation nerveuse ou cyto-logique, sinon un délai de 4 ans doit être observé si la sérologie était positive.

Chez la femme, le danger de l'hérédosyphilis est beaucoup plus grand ; contrairement à l'opinion classique, il est établi actuellement que le virus syphilitique passe du placenta de la mère au fœtus et que, par suite, l'enfant né d'une mère syphilitique

est lui-même syphilitique. Il y a donc lieu, en ce qui concerne le mariage, pour la mère d'observer un délai de 6 ans après le traitement approprié.

Ces considérations ont une grosse importance du fait que l'on se trouve souvent dans le cas suivant : un ictère de type ictère par rétention survient chez un nourrisson de 2 à 4 mois. Cet enfant ne présente aucun stigmate net d'hérédo-syphilis, son B.-W. est négatif. Y a-t-il lieu, oui ou non, de tenter le traitement d'épreuve ?... Nous pouvons alors considérer 2 cas :

a) Les antécédents décèlent une suspicion manifeste à l'égard de l'hérédo-syphilis, soit du fait d'une syphilis maternelle insuffisamment traitée, soit en raison d'une syphilis paternelle, celle-ci toutefois étant moins grave.

De toute façon les parents n'ayant pas obéi aux règles prescrites, il nous semble alors que l'on peut avec de grandes précautions tenter un traitement d'épreuve, non pas par l'arsenic, mais par le mercure à dose légère, par friction en suspendant la thérapeutique dès les premiers phénomènes d'intolérance (diarrhée, etc...). En tout état de cause ce traitement doit être très circonspect et ne pas se prolonger outre mesure. Il permettrait en outre de réactiver l'enfant et une prise de sang ultérieure montrerait des réactions humérales positives.

Il conviendrait alors de traiter cet enfant comme un syphilitique.

b) Au contraire, si une enquête serrée ne permet

pas d'établir l'existence de la syphilis chez les parents, si l'examen humoral est négatif ; si on ne trouve chez l'enfant que des stigmates dystrophiques dont l'étiologie est douteuse, il faut s'abstenir de façon rigoureuse du traitement systématique anti-syphilitique. En effet, celui-ci n'est pas sans inconvénient et un ictère toxique pourrait en résulter.

4° Ictères toxiques

Considérons maintenant ces ictères toxiques, lesquels sont d'origine essentiellement thérapeutiques et s'observent surtout par les traitements arsenicaux et quelquefois aussi par le bismuth.

Chez un syphilitique soumis au traitement arsenical, la nature de l'ictère devra être discutée. Est-il toxique ? est-il syphilitique ? Gougerot explique les ictères toxiques d'origine arsenicale par un double processus : une hépatite toxique arsenicale et une hépato-récidive syphilitique.

Quoi qu'il en soit, si un ictère apparaît au cours d'un traitement, c'est en recherchant, d'une part, les symptômes de réactivation syphilitique, d'autre part les signes d'intoxication arsenicale, qu'on pourra trancher le diagnostic. Dans le doute, on supprime l'arsenic et on le remplacera par le mercure.

5° Ictères infectieux

Certes, l'ictère infectieux grave est d'un diagnostic facile en raison de l'intensité de l'insuffisance hépa-

tique caractérisée alors par des hémorragies cutanées viscérales, une insuffisance rénale aboutissant au coma avec oligurie et azotémie croissante et des troubles nerveux enfin, qui complètent le tableau avec l'état ataxo-dynamique.

Le diagnostic est plus malaisé lorsqu'il s'agit d'ictères infectieux bénins qui posent le problème non résolu de leur identité avec les ictères catarrhaux.

6° Ictères hémolytiques

Nous avons déjà parlé de l'ictère du nouveau-né. Nous en rapprocherons l'ictère hémolytique tardif qu'on ne peut confondre avec l'ictère catarrhal du nourrisson. Il est en effet caractérisé essentiellement par un ictère variable, une anémie marquée et une résistance globulaire diminuée ; la rate est volumineuse, mais les selles sont colorées et les urines ne contiennent ni sels ni pigments biliaires.

7° Cholémie

Il nous reste enfin un dernier diagnostic à envisager. C'est celui de la cholémie familiale, affection survenant chez les individus d'une même famille manifestée simplement par une teinte ictérique des téguments sans cholurie et sans stigmate sanguin d'hémolyse.

PATHOGENIE

Quel est le mécanisme de l'ictère catarrhal ?

Il semble être le même chez les nourrissons que chez l'adulte, et soulève par suite les mêmes problèmes.

Les théories ayant pour but d'expliquer l'ictère catarrhal chez l'adulte ou chez l'enfant furent, certes, très nombreuses.

Déjà à la suite de Gubler, les cliniciens avaient classé cette affection parmi les ictères biliphéiques.

Mais quel est son processus ?

Andral et Broussais invoquèrent une propagation du catarrhe gastro-duodénal au cholédoque et qui entraînerait son oblitération.

Vulpian, Virchow admirent un gonflement œdémateux de la muqueuse du cholédoque et la production d'un bouchon muqueux.

Mais Kelsh fit de l'ictère une maladie spécifique infectieuse et fait intervenir un agent pathogène qu'on ne trouverait qu'en dehors de l'organisme par inhalation ou par ingestion.

Il y aurait donc hépatite.

Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne les nourris-

sons le nombre si restreint des observations ne nous permet pas de résoudre ce problème.

Il semble pourtant que les troubles digestifs jouent un rôle essentiel et déterminent une infection qui, à son tour, engendrerait un certain degré d'hépatite.

Celle-ci déterminerait un obstacle au niveau des voies biliaires intrahépatiques (espace de Kirnan).

Certaines altérations du parenchyme existeraient peut-être, mais elles doivent être bien légères et sont susceptibles de rétrocession, puisque le propre de l'ictère catarrhal du nourrisson est de guérir rapidement.

TRAITEMENT

Le traitement de l'ictère catarrhal du nourrisson est analogue à celui des ictères de la première et de la seconde enfance, et à ce titre il relève des mêmes règles.

En effet pour traiter un ictère, on se basait autrefois sur 2 principes :

- a) Désinfecter les voies biliaires ;
- b) Rétablir le cours de la bile par des cholagogues.

Or il semble que l'obstacle, l'infection, siège au niveau du foie et non au niveau du cholédoque.

Par suite l'antisepsie des voies biliaires, même si elle pouvait être réalisée, d'une part, l'action des cholagogues qui souvent se borne à contracter la vésicule, d'autre part, deviennent d'une efficacité douteuse.

La thérapeutique spécifique étant donc souvent impossible, on en sera réduit à une thérapeutique symptomatique. De plus, n'oublions pas que chez le nourrisson il ne faut pas surcharger un foie déjà déficient du fait de l'ictère, par des médications plus ou moins toxiques.

Le régime aura donc d'abord une grosse importance.

Ces nourrissons, atteints d'ictère catarrhal, mon-

trent et montreront pendant longtemps une intolérance marquée au lait en raison probablement de la non-assimilation des graisses par l'organisme malade. Nous aurons donc intérêt à diminuer le lait de l'alimentation et à le remplacer par un produit moins riche en graisse mais qui soit tout de même nutritif, nous voulons parler du *babeurre*.

Lorsqu'onensemence du lait bouilli avec une culture de bacilles lactiques ou bien avec une petite quantité de lait fermenté, il se produit au bout de 24 heures une fermentation lactique.

Le lait prend alors une odeur et un goût acide très prononcés.

Il est ensuite barraté.

Après extraction du beurre, le résidu liquide est le babeurre.

Comparons les compositions respectives du lait et du babeurre dans le tableau ci-dessous :

POUR UN LITRE

<i>Lait de vache</i>	<i>Babeurre</i>
Densité	1,033
Beurre	5 à 8 grammes
Albumine	35
Hydrates de carbones	35 à 39
C, à O	1,6
Mg O	0,2
Ma ² O	0,7
K ² O	1,75
Valeur calorique . . .	600
	355

Nous constatons donc dans le babeurre beaucoup moins de beurre que dans le lait et une teneur élevée en albumine. Les sels sont en quantité égale dans le lait. Mais en raison de la faible valeur calorique du babeurre, il faut lui adjoindre des éléments susceptibles d'apporter des calories.

Le sucre sera donc employé. L'acide lactique du babeurre d'autant plus abondant que la fermentation sera plus poussée, lui donne des propriétés antiseptiques.

Le nourrisson, supportant très bien les hydrates de carbone, nous aurons tout intérêt à lui augmenter sa ration en sucre. Les injections de sérum glucosé, luttant contre la déshydratation, seront employées avec succès.

La thérapeutique médicamenteuse proprement dite se bornera dans l'administration prudente de benzoate de soude (par exemple : 10 centigrammes pendant quelques jours).

Il faut éviter de le donner trop longtemps, car il pourrait devenir toxique pour le rein.

En raison des phénomènes vaso-moteurs qu'elles provoquent, des compresses tièdes sur le foie auront une heureuse action sur la glande hépatique et compléteront ce traitement qui, bien que fort simple, amènera cet ictère bénin à la guérison.

OBSERVATIONS

Obs. 1. (*Service de Monsieur le Professeur Nobécourt*).

Jean entre dans le service le 1^{er} mai, pour une jaunisse depuis 20 jours. C'est un garçon né le 7 février 1935, âgé de 2 mois et demi. Il est né à terme, pesant alors 3 kgs 790. Le placenta était de 500 grammes. L'accouchement était normal et l'enfant n'a pas reçu de B. C. G.

Antécédents. — Jean n'a ni frère ni sœur, la mère a toujours été bien portante et n'a jamais fait de fausse couche. Aucun examen de sang n'a été pratiqué ni avant, ni après la grossesse. Le père est, paraît-il, paludéen et cardiaque.

Histoire de la maladie. — Pendant les 2 premiers mois l'enfant a été nourri au sein. Son aspect était normal, cependant le poids restait stationnaire. On change le régime et on met l'enfant au lait Gallia ; l'enfant présente alors de la diarrhée avec vomissements. Au bout de 8 jours, on le met au lait dryco et le régime est institué de la façon suivante :

100 grammes d'eau pour 2 cuillerées à soupe de lait dryco.

On complète par un peu de jus d'orange chaque jour.

Examen à l'entrée le 1^{er} mai 1935. — On se trouve en présence d'un enfant amaigri, d'aspect vieillot. Son poids est de 4 kgs 300 ; sa taille de 0 m. 55. La température à l'entrée est de 37°6. On est frappé, dès l'abord, par un ictère généralisé. Cette teinte, nettement jaune, est dif-

fuse et s'étend à tous les téguments et aux muqueuses. La coloration tire sur le jaune citron intense. Au niveau des joues, on observe quelques plaques rouges eczématisées.

Les selles, au nombre de 2 à 3 par jour, sont complètement décolorées, argileuses ; la réaction de Weber y est très légèrement positive. Les urines tachent le linge, contiennent des pigments et sels biliaires ; l'abdomen est un peu ballonné.

Le foie est gros, débordant de 4 centimètres le rebord costal. Sa hauteur sur la ligne mamelonnaire est de 8 cm. et demi. La surface et le bord sont réguliers ; la consistance est normale.

La rate est un peu augmentée de volume. On palpe son pôle inférieur sous le rebord costal gauche. La hauteur de la matité splénique est de 6 centimètres.

Le reste de l'examen clinique ne révèle que peu de chose ; l'enfant est amaigri, son pannicule adipeux très insuffisant.

Pas de bourrelet sus-malléolaire. Léger chapelet costal. Pas d'hémorragie, pas de troubles nerveux.

Les examens de laboratoire sont beaucoup plus instructifs :

Le B.-W. est négatif.

Syndrome sanguin : la numération globulaire donne un nombre de globules rouges normal, mais une leucopénie assez marquée. Il n'y a en effet que 3.600 globules blancs. La valeur globulaire est normale ; il n'en est pas de même de la résistance globulaire qui, elle, est un peu augmentée. L'examen donne les résultats suivants :

Résistance globulaire :

a) Avec le sang total :

Début de l'hémolyse à..... 4,2 %

Hémolyse totale à 2,8 %

b) Avec les hématies déplasmatisées :

Début de l'hémolyse à 4,4 %

Hémolyse totale à 2,6 %

La formule leucocytaire est ainsi distribuée :

Polynucléaires. 11

Eosinophiles 12

Grands mononucléaires 9

Moyens mononucléaires 63

Lymphocytes 4

Formes de transition 1

On porte alors le diagnostic d'ictère catarrhal.

Le traitement s'est résumé, d'une part, dans la suppression des graisses ; d'autre part, dans l'administration de sucres et de benzoate de soude. Des compresses tièdes sur le foie complétèrent la thérapeutique.

Evolution. — La température s'est maintenue aux environs de 37°8 et déjà, vers le 6 mai, on pouvait constater une amélioration.

Les selles se recoloraient, devenaient plus jaunes ; leur fréquence, qui était jusqu'ici de l'ordre de 2 ou 3 par jour, sembla croître un peu les jours suivants, en même temps qu'elles étaient plus liquides et plus grumeleuses. Le laboratoire, interrogé à cette époque, donna les réponses suivantes :

Globules rouges 4.320.000

Globules blancs 3.600

Hématies granulo-filamenteuses 3 %

Polynucléaires 15

Eosinophiles 14

Grands mononucléaires 6

Moyens mononucléaires 50

Lymphocytes 14

Formes de transition 1

Le 8 mai, la température monte à 39°5. La gorge est rouge, muco-pus ; cet épisode infectieux banal cesse bientôt et, vers le 13 mai, l'ictère a disparu, les selles reviennent normales bien que fréquentes. Elles resteront d'ailleurs ainsi quelques jours encore ; les urines se clarifient ; le foie ne déborde plus que de 1 centimètre, le rebord costal et la hauteur de la matité se réduit à 5 centimètres. La rate diminue de volume, n'est plus palpable et ne se percute que sur 4 centimètres. Le 30 mai, l'enfant est guéri, mais il a subi une grosse perte de poids.

Obs. 2. (*In Thèse BESSON. Montpellier, 1909*). — Il s'agit d'un enfant de 15 mois, apporté le 15 mai 1908, à la consultation des maladies des enfants. Né à terme et bien portant, l'enfant fut nourri au sein jusqu'à l'âge de 10 mois. Père et mère bien portants, pas de spécificité, même soupçonnée. Deux autres enfants en bonne santé. Le petit malade est sevré brusquement par suite d'une nouvelle grossesse de la mère. Après le sevrage, environ 15 jours, l'enfant présentait des troubles digestifs assez marqués : diarrhée, vomissements, fièvre et abattement. Malgré cela, l'alimentation reste mal réglée jusqu'à l'apparition d'une jaunisse très marquée. L'enfant est amené à la consultation deux semaines après l'apparition de l'ictère. Il présente un aspect caractéristique. On trouve dans les urines, qui tachent le linge, des pigments biliaires. Les selles sont décolorées et très fétides, toujours diarrhéiques.

Le foie est un peu gros, douloureux, rate normale.

La température est de 37°8, le pouls de 70.

Pas d'examen de sang.

On prescrit le régime lacté et les bouillons de légumes, puis le régime du lait stérilisé pur. On y ajoute une potion au benzo-naphtol et au salicylate de bismuth. Peu à peu l'état de l'enfant s'améliore, la diarrhée disparaît

pour faire place à la constipation, mais les selles sont toujours décolorées et l'ictère reste très marqué. Le foie est toujours douloureux. Cependant, il n'y a pas de fièvre et le pouls se maintient à 70. Les parents persistent à vouloir garder, chez eux, leur enfant. L'alimentation est alors exactement réglée. On prescrit trois prises de calomel (10 cgr.), sucre de lait (50 cgr.) séparées chaque fois par 3 jours d'intervalle. Même état jusqu'au 30 juin, moment où les selles reprennent leur coloration normale. Bientôt l'ictère commence à pâlir, et n'était plus appréciable au 12 juillet. Cet ictère a duré environ 1 mois et demi.

Obs. 3. (REBER : In *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 18 octobre 1930). — René, né le 4 juillet 1929, pesait 3.600 grammes à la naissance ; l'accouchement fut normal. Ses parents et son frère sont bien portants. Pendant le premier mois, l'enfant a été nourri au sein, puis moitié eau, moitié lait. Il n'avait pas eu d'ictère depuis sa naissance et les selles étaient normales.

Le 30 septembre, une jaunisse se déclare accompagnée de quelques vomissements et de selles acholiques.

Le 3 octobre, il rentre dans une pouponnière.

Examen au 4 octobre. — Les sclérotiques, les téguments et les muqueuses sont entièrement ictériques. Le foie est légèrement sensible et déborde de un travers de doigt le rebord costal. Les urines sont jaune foncé avec une réaction de Gmelin positive, ni cylindre, ni albumine. Les selles sont mastic ; la langue est un peu chargée ; l'enfant présente un cranio-tabes et des adénopathies cervicales et inguinales.

Le Babinski est positif, le ventre est légèrement en bateau, le cœur et les poumons sont normaux. L'état général est bon.

A partir du 6 octobre, les selles sont au nombre de 3

à 4 par jour un peu glaireuses, toujours acholiques. Après 4 jours de traitement par le « nutromalt », elles sont colorées, brunes et bien formées. On change alors le régime et on lui donne du lait de vache. Le 15 octobre, les selles deviennent claires, blanches et grisâtres. On abandonne le lait de vache et on le met au babeurre ; les selles se recolorent, l'enfant profite et prend du poids.

Le 19 octobre, l'ictère est très faible.

Le 23, la réaction de Gmelin est négative.

Le 1^{er} novembre, les sclérotiques blanchissent et il n'y a plus d'ictère.

Le 7 novembre le foie et la rate sont toujours sensibles.

Le foie dépasse de deux travers de doigt. Le B.-W. pratiqué à cette époque est négatif.

Pendant la maladie, la température n'avait jamais dépassé 37°5 et cet état fébrile existait surtout au début.

L'appétit fut conservé. Pas de vomissement.

Le 20 mars 1930, l'enfant est rétabli mais le foie est toujours sensible et il dépasse le rebord costal.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence de l'ictère catarrhal du nourrisson est très faible.

Il en est rapporté une dizaine de cas dans la littérature, en dehors de ceux que nous publions.

II. — L'étiologie de ce syndrome est aussi obscure que celle de l'ictère catarrhal de la seconde et troisième enfance. Le facteur digestif est cependant toujours noté comme un élément initial. Aussi, cette hépatite relève-t-elle peut-être d'une toxi-infection d'origine intestinale.

III. — Le syndrome clinique apparaît à un âge quelconque entre 5 et 15 mois. Après une phase de début souvent latente marquée par des troubles digestifs, la période d'état se caractérise par un syndrome qui comporte tous les éléments de l'ictère catarrhal, en particulier l'augmentation de la résistance globulaire.

Le pronostic est favorable, la guérison survient toujours, mais elle est lente, entrecoupée d'accidents d'ordre gastro-intestinal.

V. — Le diagnostic sera à faire, non pas tant avec l'ictère physiologique du nouveau-né, l'ictère par anomalie des voies biliaires, ictères qui sont plus précoces, mais surtout avec l'ictère hérédo-syphilitique.

A ce dernier titre la négativité des réactions humorales, la guérison en l'absence de tout traitement spécifique ne nous permet pas d'admettre d'une façon quelconque la nature syphilitique de cet ictère catarrhal.

VI. — La thérapeutique se réduit à une diététique comportant la diminution de l'apport en graisse compensée par l'augmentation des hydrates de carbone.

La thérapeutique médicamenteuse devra être très prudente, cet ictère semblant de lui-même résolu.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDOUY. — Contribution à l'étude de l'ictère infectieux épidémique catarrhal (*Thèse*. Paris, 1920).
- BARON. — Ictère catarrhal chez les enfants (*Thèse*. Paris, 1895).
- BESSON. — Contribution à l'étude des ictères de la 1^{re} enfance (*Thèse*. Montpellier, 1909).
- CHABROL. — Les ictères (Masson, 1932, p. 350-357).
- CHAUFFARD. — Les ictères infectieux (*Traité de Médecine*, 1897, t. II).
- COMBY. — Traité des maladies de l'enfance (Vigot, 1928, p. 459-462).
- DECAMPS. — Ictère catarrhal prolongé (*Thèse*, 1890).
- FIESSINGER (Noël). — Leçons sur les maladies du foie (Maloine, 1933, p. 112-120).
- GUSTIN. — Ictère catarrhal à forme prolongée dans la 2^e enfance (*Thèse*. Paris, 1920).
- HÉNOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants (1885).
- HERGENSTEIN. — Ictère catarrhal prolongé. (*Thèse*. Paris, 1890).
- LIÉGE. — Ictère catarrhal chez l'enfant. (*Nutrition*, 1932, t. I, p. 12).
- LEURET. — Pathogénie de l'ictère du nouveau-né (*Gaz. Sc. Méd. de Bordeaux*, 1908).
- LIREUX. — Ictère épidémique (*Thèse*. Paris, 1892).
- LÉPER. — Thérapeutique médicale, t. III. Foie (Masson, 1931).

NOBÉCOURT. — Nouveau traité de médecine des enfants, t. IV, p. 98 (Masson, 1934).

— L'ictère catarrhal chez les enfants (*La Médecine*, 1923-1924, p. 827).

— Précis de médecine des enfants (Masson, 1926, p. 284).

Encyclopédie médico-chirurgicale, tome Pédiatrie, fasc. 1020.

REBER. — Ueber Ikterus katarrhalis simplex im Säuuglingsalter (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 18 oct. 1930 ; 66, 981, 982).

WIDAL. — Nouveau traité de médecine (Masson, 1928, t. XVI, p. 238-242).

